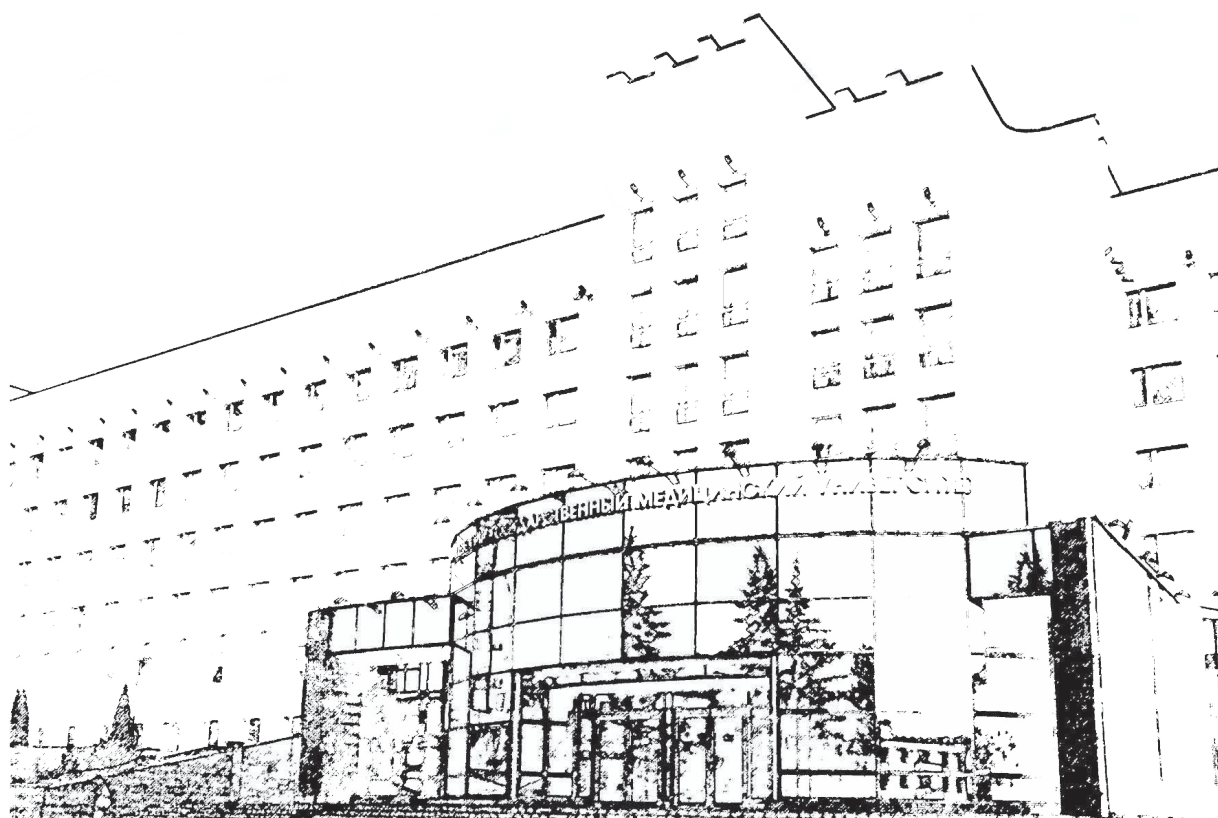


А.Н. Барышев, А.А. Кирпиченко

Диагностика тревожных и депрессивных расстройств в общей врачебной практике



Витебск
2020

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УО «ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»
КАФЕДРА ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ С КУРСОМ ФПК И ПК



А.Н. Барышев, А.А. Кирпиченко

ДИАГНОСТИКА ТРЕВОЖНЫХ И ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ В
ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКЕ

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Витебск, 2020

УДК 616.89-008.441/.454:614.2(072)
ББК 56.145.9-4я73+56.14-324я73
Б26

Методические рекомендации утверждены на заседании кафедры психиатрии и наркологии с курсом ФПК и ПК (протокол № 9 от 24.01.2020г.)

Утверждено и рекомендовано к печати Центральным учебно-методическим Советом Витебского государственного медицинского университета (Протокол № 1 от 31.01.2020 г).

Рецензент: К.Н. Егоров - заведующий курсом поликлинической терапии кафедры врача общей практики, к.м.н., доцент.

Барышев А.Н., Кирпиченко А.А.

Диагностика тревожных и депрессивных расстройств в общей врачебной практике: методические рекомендации / А. Н. Барышев., А. А. Кирпиченко – Витебск 2020. – 30 с.

ISBN 978-985-466-999-1

В методических рекомендациях излагаются основы диагностического поиска расстройств тревожного и депрессивного спектра наиболее часто встречающихся в общей врачебной практике.

Методические рекомендации предназначены для студентов медицинских ВУЗов, магистрантов, аспирантов, ординаторов, слушателей факультетов повышения квалификации, и практикующих врачей по профилю «Общая врачебная практика».

УДК 616.89-008.441/.454:614.2(072)
ББК 56.145.9-4я73+56.14-324я73

ISBN 978-985-466-999-1

© Барышев А.Н., Кирпиченко А.А., 2020
© УО «Витебский государственный
медицинский университет», 2020

СОДЕРЖАНИЕ

Наименование раздела	Страницы
Содержание	4
Пояснительная записка	5
Введение	6
Сбор жалоб и анамнеза	10
Оценка соматического статуса	14
Дифференциальная диагностика	18
Заключение	28
Литература	29

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

В связи с принятием Закона Республики Беларусь от 11 ноября 2019 года № 255-3 об изменении Закона Республики Беларусь «Об оказании психиатрической помощи» для врачей общей практики регламентируется новый порядок оказания психиатрической помощи пациентам, страдающим психическими и поведенческими расстройствами [1].

Изменения в законодательстве требуют своевременного методического сопровождения, которое может помочь в организации работы врачей общей практики в рамках оказания психиатрической помощи.

Цель данных методических рекомендаций: разъяснение общего алгоритма диагностического поиска наиболее часто встречающихся непсихотических психических расстройств, сопровождающихся симптомами тревоги и/или депрессии. Следуя данному алгоритму, врач общей практики сможет провести первичный диагностический поиск непсихотических психических расстройств и определиться с объёмом медицинской помощи, которую он может оказать пациенту на основании клинических протоколов оказания медицинской помощи при психических и поведенческих расстройствах в общей медицинской практике, утвержденных Министерством здравоохранения.

Данные методические рекомендации адресованы в первую очередь врачам общей практики, клиническим ординаторам профиля «Общая врачебная практика», слушателем курсов, проходящих переподготовку по специальности «Общая врачебная практика», аспирантам и магистрантам по профилю специальности «Общая врачебная практика», а также студентам 6 курса лечебного факультета профиля субординатуры «Общая врачебная практика».

ВВЕДЕНИЕ

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), до 50% мирового населения, в какой-то момент своей жизни страдает от психических расстройств [2]. При этом результаты исследования Mental Health in Primary Care показывают, что к наиболее часто встречающимся психическим расстройствам в общемедицинской практике относятся расстройства тревожного и депрессивного спектра [2].

Распространенность депрессивных расстройств у населения экономически развитых стран Европы и США достигает 10% [2,3]; хотя бы один эпизод тревожных расстройств регистрируется у 12-27% населения Европы [3], а у лиц с соматической патологией, тревожные и депрессивные расстройства встречаются в 2-3 раза чаще, чем в общей популяции [2].

Приведенные выше данные, указывают на распространенность именно клинически очерченных нозологических форм тревожно-фобических и депрессивных расстройств. Если брать во внимание симптомы тревоги и депрессии в отрыве от определенных нозологий, то их распространенность будет ещё выше. Подтверждением тому могут служить результаты многоцентрового эпидемиологического исследования сердечно-сосудистых заболеваний в различных регионах Российской Федерации - ЭССЕ-РФ, где была выявлена общая распространенность повышенного уровня тревоги и депрессии у пациентов амбулаторной сети. Показатели тревоги и депрессии достигали достаточно высокого уровня и составили 46,3 и 25,6% соответственно от общего количества испытуемых, при этом более чем 1/3 от повышенного уровня этих показателей составили лица с клинически значимым уровнем выраженности симптомов [4].

Кроме того, не стоит забывать о негативном взаимовлиянии тревоги, депрессии и хронических неинфекционных заболеваний друг на друга. Наличие коморбидных тревожных и депрессивных расстройств утяжеляет течение соматических заболеваний, усиливая клинические проявления болезни, замедляя выздоровление, ухудшает приверженность пациентов к лечению, снижает качество жизни и социальную адаптацию [5]. Также от 25% до 50% пациентов, обратившихся за медицинской помощью к врачу общей практики, могут иметь необъяснимые с медицинской точки зрения симптомы. Как врачи, так и пациенты могут даже не подозревать, что их симптомы являются проявлениями тревоги и/или депрессии, что затрудняет постановку правильного диагноза и выбор адекватной врачебной тактики.

Но, несмотря на высокую коморбидность клинически выраженной тревоги и депрессии с другими как психическими, так и соматическими заболеваниями, расстройства тревожного и депрессивного спектра в ходе рутинной практики врачей первичной системы здравоохранения уделяется недостаточное внимание. Значительная часть данной патологии диагностируется не правильно или вовсе не диагностируется, а это, в свою

очередь, не позволяет получить пациентам своевременную помощь в 50-80 % случаев или даже приносит значительный вред их здоровью [6].

Во многом трудности верификации тревожных и депрессивных расстройств в первичной медицинской сети нашей страны были продиктованы действующим на тот момент законодательством. Законом Республики Беларусь от 7 января 2012 г. № 349-З «Об оказании психиатрической помощи» (далее - Закон) было регламентировано установление наличия либо отсутствия диагноза психического расстройства только врачом-специалистом в области оказания психиатрической помощи («врач-психиатр», «врач-психотерапевт», «врач-психоневролог», «врач-нарколог», «врач-психиатр-нарколог», «врач-сексолог» либо прошедшие переподготовку на уровне высшего образования или клиническую ординатуру по специальности «Психиатрия», «Психотерапия», «Наркология», «Психиатрия-наркология» и в порядке, установленном законодательством, занимающееся деятельностью, связанной с организацией и оказанием психиатрической помощи) или врачебно-консультационной комиссии [7].

В то же время при выявлении у пациента признаков психического расстройства (заболевания) врачом иной специальности такой пациент для установления диагноза психического расстройства (заболевания) должен был направляться к врачу-специалисту или на заседание врачебно-консультационной комиссии с одновременным письменным уведомлением об этом врача-специалиста или врачебно-консультационной комиссии [7].

Если у пациента уже имелся установленный врачом-специалистом или врачебно-консультационной комиссией диагноз психического расстройства (заболевания), не представляющего непосредственной опасности для его жизни и (или) здоровья, жизни и (или) здоровья иных лиц, то психиатрическая помощь пациенту могла быть оказана врачом иной специальности по рекомендациям врача-специалиста [7].

Если же речь шла о скорой (неотложной) психиатрической помощи, которая не могла быть по каким-либо причинам оказана врачом-специалистом, то такая помощь могла быть оказана медицинским работником, имеющим высшее медицинское образование с иной квалификацией, чем у врача-специалиста, и (или) медицинским работником, имеющим среднее специальное медицинское образование [7].

На практике сложилась ситуация в ходе которой помощь в области психического здоровья пациенты могли получить только у специалистов в области психического здоровья. Однако в ряде случаев пациенты избегали обращений в психиатрическую и психотерапевтическую службу, опасаясь:

- стигматизации обществом («все будут думать, что я ненормальный»);
- самостигматизации («я не сумасшедший»);
- постановки на «учёт»;
- приёма психотропных препаратов («стану овощем»);

- сложностей прохождения медицинских комиссий (водительской, для трудоустройства, хранения и владения оружием и пр.)

Не редки случаи, когда и со стороны врачей соматического профиля также возникали препятствия для организации эффективного выявления пограничной психиатрической патологии. В первую очередь – это нежелание вникать в вопросы оказания психиатрической помощи, которое мотивировалось:

- нехваткой и дефицитом времени в ходе амбулаторного приёма;
- большой загруженностью вопросами оказания помощи пациентам с соматическими заболеваниями и оформлением документации;
- отсутствием специальной подготовки и знаний в области психического здоровья и психофармакотерапии.

Ещё одна часть проблем возникала на стыке взаимодействия между врачами первичного медицинского звена и пациентами. Врачи не всегда могли подобрать нужные слова и аргументы для обоснования направления пациентов, у которых возникали необъяснимые физические симптомы, несмотря на наличие объективных доказательств отсутствия физической болезни, как основы данных расстройств, к врачам-специалистам в области психического здоровья. В этой связи у пациентов часто возникало непонимание и агрессия в сторону медицинского персонала, что приводило к жалобам и разочарованию в конкретном враче или в целом в медицине. Чаще всего такие случаи происходят с пациентами, которые страдают от нераспознанной депрессии, генерализованного тревожного, смешанного тревожно-депрессивного, ипохондрического, соматоформного, диссоциативного расстройств.

В связи с принятием Закона Республики Беларусь от 11 ноября 2019 года № 255-3 Об изменении Закона Республики Беларусь «Об оказании психиатрической помощи» для врачей общей практики регламентируется новый порядок оказания психиатрической помощи пациентам, страдающим психическими и поведенческими расстройствами [1].

В частности, если при оказании первичной медицинской помощи у пациента выявлены признаки психического расстройства, которые не представляют непосредственной опасности для его жизни и/или здоровья, жизни и/или здоровья иных лиц и которые не требуют его направления к врачу-специалисту или на заседание врачебно-консультационной комиссии, то по желанию такого лица ему может быть оказана медицинская помощь медицинским работником, оказывающим первичную медицинскую помощь населению, имеющим сертификат интернатуры по специальности «Общая врачебная практика» либо прошедшим переподготовку по специальности «Общая врачебная практика» с присвоением квалификации «Врач общей практики» или обучение в клинической ординатуре по специальности «Общая врачебная практика» (далее – врач общей практики). Такая медицинская помощь должна оказываться в объеме, установленном Министерством

здравоохранения, и на основании клинических протоколов оказания медицинской помощи при психических и поведенческих расстройствах в общей медицинской практике, утвержденных Министерством здравоохранения [1].

Причём, заключение врача общей практики о состоянии психического здоровья пациента носит предварительный характер и не является основанием для решения вопроса об ограничении его прав и свобод.

Изменения Закона направлены на повышение качества, доступности и дальнейшей дестигматизации психиатрической помощи. В свою очередь, изменения в законодательстве повышают планку требований к врачам общей практики относительно их профессиональных и личностных компетенций в области психиатрии и психотерапии.

В данных методических рекомендациях разъясняется общий алгоритм первичного диагностического поиска наиболее часто встречающихся непсихотических психических расстройств, сопровождающихся симптомами тревоги и/или депрессии. Следуя данному алгоритму, врач общей практики сможет провести первичную диагностику непсихотических психических расстройств и определиться с объёмом медицинской помощи, которую он может оказать пациенту на основании клинических протоколов оказания медицинской помощи при психических и поведенческих расстройствах в общей медицинской практике, утвержденных Министерством здравоохранения.

СБОР ЖАЛОБ И АНАМНЕЗА

Данный этап является первым важным шагом представленного алгоритма, так как именно он закладывает основу для дальнейшего направления диагностического поиска. Однако практика сбора жалоб и анамнеза относительно симптомов тревоги и/или депрессии у каждого пациента в ходе врачебного амбулаторного приёма или осмотра на дому будет не целесообразной. На данный момент не существует однозначных рекомендаций по скринингу тревоги и депрессии в первичной медицинской сети, но мы рекомендуем обратить внимание на группы риска по формированию тревожно-депрессивных расстройств:

- ✓ беременные и матери новорожденных детей;
- ✓ пациенты с хроническими заболеваниями;
- ✓ пациенты с нарушениями сна;
- ✓ пациенты с необъяснимыми соматическими жалобами;
- ✓ пациенты с тяжелыми факторами социального стресса.

Кроме того, приступить к этапу сбора специфических жалоб и анамнеза относительно симптомов тревоги и/или депрессии необходимо в следующих случаях:

1. Пациент самостоятельно и спонтанно начинает предъявлять жалобы на тревогу и/или депрессию в ходе осмотра.
2. В ходе заполнения психометрических шкал обнаруживаются повышенные уровни тревоги и/или депрессии.
3. Врач по невербальным проявлениям и по поведению пациента имеет основания полагать, что у пациента имеются симптомы тревоги и/или депрессии.
4. Характер предъявляемых соматических жалоб пациентом даёт основания предполагать, что они обусловлены проявлениями тревоги и/или депрессии.
5. Имеются сведения со стороны третьих лиц, которые дают основания предполагать наличие у пациента симптомов тревоги и/или депрессии.

Основные жалобы и симптомы пациентов с тревогой.

В ходе клинического интервью пациенты очень часто предъявляют многочисленные жалобы на тревогу, фобии, страх смерти, страх остановки сердца, страх инсульта, страх какого-либо конкретного заболевания, страх сойти с ума (потерять контроль над собой), страх открытых пространств, страх оказаться в беспомощном состоянии, страх в различных социальных ситуациях, страх межличностного общения, страх внимания со стороны окружающих, изолированные страхи в конкретных ситуациях, соматовегетативные нарушения, ограничительное (избегающее) поведение.

С целью установления (или укрепления) доверительных взаимоотношений с пациентом, получения важной анамнестической информации о текущем и предшествующем состоянии, врачу полезно выбрать для себя партнерский (недирективный) стиль коммуникации и предоставить пациенту возможность спонтанного и свободного предъявления жалоб хотя бы в течение нескольких минут. Также необходимо помнить о временных рамках приёма и уметь вовремя и деликатно остановить пациента в ходе его самораскрытия, которое при его избыточности, теряет диагностическую ценность и мешает формированию комплаенса.

Однако, как бы красноречиво пациент не описывал своё состояние, только одних свободно предъявляемых жалоб, зачастую, не достаточно для верификации диагноза. Необходима дальнейшая детализация предъявляемых жалоб в ходе целенаправленного расспроса пациента, где уже более активную роль ведения беседы берёт на себя врач.

В первую очередь врач общей практики сам для себя может ответить на приведенные ниже вопросы, а позже - адресовать их пациенту, перефразировав и адаптировав их общее количество и последовательность с учётом актуального психического и соматического состояния пациента, его интеллектуального и культурного уровней развития.

- Какие конкретно из когнитивных, вегетативных, соматических и общих проявлений тревоги имеются у пациента?
- Тревога носит эпизодический или постоянный характер?
- Какова длительность тревожных состояний?
- Присутствуют ли в жизни пациента очевидные стрессовые факторы? Имеются ли недавние переживания по поводу смерти близких или разрыва отношений, межличностные проблемы, актуальные сомнения и опасения?
- Есть ли связь приступов тревоги с конкретными ситуациями, не вызывающими реальной опасности? Сформировалось ли ограничительное (избегающее) поведение, связанное с конкретными страхами?
- Имеются ли приступы выраженной неконтролируемой тревоги (паники) не связанные со специфическими ситуациями? Сформировалось ли ограничительное (избегающее) поведение и вторичный страх повторения панических атак?

Основные жалобы и симптомы пациентов с депрессией.

В ходе клинического интервью пациенты могут предъявлять жалобы на сниженное настроение, отсутствие удовольствия, потерю энергии, апатию, нежелание что-либо делать, мышечную слабость, усталость, медлительность, ухудшение концентрации внимания и памяти, отсутствие либо повышение

аппетита, плохой сон, многочисленные неприятные телесные ощущения, боли и другие соматические симптомы.

Пациенты с депрессией, в отличие от пациентов с тревогой, в ходе амбулаторного приёма гораздо реже предъявляют жалобы непосредственно на сниженное настроение и утрату ощущения удовольствия. Поэтому целенаправленный расспрос депрессивных пациентов особенно необходим. Причём, у врача часто возникает необходимость уже с первых минут приёма пациента брать на себя активную и ведущую роль в построении коммуникации, так как пациенты могут быть молчаливы и поглощены своими переживаниями.

Чтобы прояснить общую картину относительно психического состояния пациента, необходимо, как и в случае с тревожными пациентами, получить ответы на следующие вопросы:

- Какие конкретно из когнитивных, вегетативных, соматических и психомоторных проявлений депрессии имеются у пациента?
- Симптомы депрессии носят эпизодический или постоянный характер?
- Какова продолжительность депрессивного состояния?
- Присутствуют ли в жизни пациента очевидные стрессовые факторы? Имеются ли недавние переживания по поводу смерти близких или разрыва отношений, межличностные проблемы, актуальные переживания?
- Отмечались ли ранее эпизоды депрессии, гипомании и мании?

Представленные выше группы вопросов как для пациентов с тревогой, так и пациентов с депрессией должны сочетаться друг с другом, если у пациента имеется смешанная тревожно-депрессивная симптоматика.

Необходимо помнить о том, что тревога и депрессия могут входить в структуру практически всех нозологических единиц из рубрики «психические и поведенческие расстройства», поэтому вполне прогнозируемы затруднения при проведении дифференциальной диагностики врачами общей практики тревожно-депрессивных расстройств с другими психическими расстройствами. Сложности могут возникать при дифференциальной диагностике с деменцией, шизофренией, постшизофренической депрессией, шизоаффективным и биполярным расстройством, шизотипическим расстройством, генерализованным тревожным и паническим расстройствами, посттравматическим стрессовым расстройством, соматоформными и диссоциативными расстройствами, реакцией на тяжёлый стресс и расстройствами адаптации, случаями непатологического колебания настроения (грусть, печаль, тоска) у психически здорового человека.

Кроме того, целый ряд тревожных и депрессивных симптомов может отмечаться при различных соматических и неврологических заболеваниях (опухоли, последствия острого нарушения мозгового кровообращения, ишемическая болезнь сердца, рассеянный склероз, эпилепсия, системная

красная волчанка, гипо- и гипертиреоз, сахарный диабет, туберкулёз, феохромоцитома и др.).

Не стоит забывать и про приём лекарственных средств, алкоголя и других психоактивных веществ (ПАВ) [8].

Поэтому, для выбора оптимальной врачебной тактики уже в ходе предварительного сбора информации особенно важно выявить пациентов с:

- соматической и неврологической органической патологией;
- зависимостью от психоактивных веществ;
- другими психическими расстройствами (особенно психотического уровня).

В этой связи, врачу необходимо найти ответ на следующие группы вопросов:

- Имеются ли у пациента установленные ранее диагнозы или текущие признаки и симптомы соматических заболеваний, при которых возможно развитие состояний, симптоматически схожих с тревогой и/или депрессией? Является ли тревожная и/или депрессивная симптоматика следствием этих заболеваний?
- Имеются ли у пациента эпизоды злоупотребления психоактивными веществами или алкоголем и какова история приема каких-либо медикаментов?
- Имеются ли у пациента установленные ранее диагнозы или текущие признаки и симптомы других психических расстройств (особенно психотического уровня)?
- Страдали ли родственники пациента первой степени родства тревожно-фобическими, депрессивными и другими психическими расстройствами?
- Насколько снижена степень социального функционирования и снижено качество жизни у пациента в настоящий момент?

Ответы на данные группы вопросов помогут врачу сформировать более общую и целостную картину относительно проблем пациента с тревогой и/или депрессией. Кроме того, при сборе анамнеза рекомендуется подкрепить полученную информацию объективными сведениями со стороны родственников и ближайшего окружения пациента с целью более точной диагностики.

В ходе клинического интервью особое внимание следует обратить на пациентов, которые могут представлять опасность для себя либо для окружающих. Для данной категории лиц следует в кратчайшие сроки обеспечить консультацию врача-специалиста либо организовать неотложную психиатрическую помощь.

Показателем опасности лица для окружающих являются внешние признаки или анамнестические данные, указывающие на его агрессию:

- ✓ агрессивное поведение;
- ✓ совершение актов насилия (следы побоев у родственников, попытки нападения на окружающих, подтвержденные третьими лицами или сотрудниками правоохранительных органов);
- ✓ угрозы физической расправой (например, высказывания вроде «надо вас всех убивать», «подожгу вас (себя)», «взорву газ» и т.п.); ношение при себе оружия или иных предметов, не являющихся оружием, которыми можно причинить вред окружающим (заточек, отверток, осколков стекла, веревок и т.д.).

В пользу опасности лица для себя свидетельствует суицидальное поведение пациента (намерения, планы, совершенная в ближайшие дни суицидальная попытка, которая в представлении пациента могла привести к летальному исходу).

О непосредственной опасности лица для себя и окружающих свидетельствуют императивные галлюцинации любого содержания, яркие и интенсивные галлюцинации любой сферы, синдром психического автоматизма, синдромы расстроенного сознания, патологическая импульсивность, тяжелые дисфории, бред воздействия или нелепый бред, а также систематизированный бред, определяющий поведение человека и высокую вероятность его общественно опасных поступков, аффективные нарушения, достигающие уровня тяжелой депрессии или мании, гипоманиакальные состояния, вызывающие нарушения общественного порядка или агрессивные проявления в отношении окружающих; психопатоподобные синдромы при психических заболеваниях с патологией влечений и повышенной поведенческой активностью [9].

ОЦЕНКА СОМАТИЧЕСКОГО СТАТУСА

Комплекс мер по оценке соматического статуса пациента врачом общей практики включает в себя физикальный осмотр, а также назначение лабораторных и инструментальных диагностических исследований.

Причём, врач должен понимать сам и уметь объяснить пациенту, что на текущий момент не существует каких-либо лабораторных и инструментальных методов диагностики тревоги и/или депрессии. Основная цель данных обследований - это исключение соматических заболеваний и получение результатов для последующей оценки рисков развития побочных эффектов при назначении психофармакологической терапии.

Необходимо помнить, что пациенты с симптомами тревоги и/или депрессии часто могут прибегать к необоснованным и многократным лабораторным и инструментальным исследованиям с целью поиска органической основы своих симптомов. С той же целью пациенты могут требовать необоснованных дополнительных консультаций специалистов «узкого» профиля. С одной стороны, данная практика забирает на себя большое количество материальных и нематериальных ресурсов у учреждений здравоохранения в плане организации медицинской помощи таким пациентам, с другой стороны – приводит к усилению психопатологических проявлений и хронизации расстройств тревожного и депрессивного спектра у пациентов.

Врачу общей практики необходимо следить за обоснованностью назначения консультаций и выдачей направлений на лабораторные и инструментальные диагностические исследования.

Физикальное обследование

Стандартное физикальное обследование рекомендуется начать с наружного осмотра, измерения роста, массы тела, уровня физического развития, оценки соматического статуса.

Особенно важно:

- Провести пальпацию щитовидной железы, а также оценить наличие экзофтальма для исключения увеличения и/или гиперфункции щитовидной железы.
- Осмотреть волосистую часть головы на предмет наличия рубцов и шрамов после перенесенных травм, осмотреть слизистую полости рта и языка (рубцы, наличие следов прикусов) с целью дифференциальной диагностики с эпилепсией, черепно-мозговыми травмами и приступами потери сознания.
- Осмотреть кожные покровы с целью выявления следов самоповреждений, следов от инъекций для исключения факта приема пациентом ПАВ или лекарственных препаратов, которые могут вызывать симптоматику тревоги и/или депрессии.

Лабораторные диагностические исследования

Пациентам рекомендуется провести в рамках действующей Инструкции о порядке проведения диспансеризации:

- общий (клинический) анализ крови;
- анализ крови биохимический;
- анализ мочи общий.

Скрининг уровня гормонов щитовидной железы рекомендован для первичных пациентов, которым никогда ранее не проводилось это исследование, или при наличии клинических или анамнестических показаний. Для оценки функции щитовидной железы необходимо провести исследование:

- уровня общего трийодтиронина (Т3) сыворотки крови;
- уровня свободного трийодтиронина сыворотки (Т3);
- уровня общего тироксина (Т4) сыворотки крови;
- уровня свободного тироксина сыворотки (Т4) крови;
- уровня тиреотропного гормона.

Инструментальные диагностические исследования

Пациентам рекомендуется провести:

- электрокардиографию для исключения сердечно-сосудистой патологии;
- дуплексное сканирование транскраниальных артерий и вен для исключения сосудистой патологии;
- электроэнцефалографию для оценки биоэлектрических потенциалов головного мозга и исключения пароксизмальных состояний;
- магниторезонансную томографию (МРТ) головного мозга для исключения органического поражения головного мозга. Причём, МРТ головного мозга рекомендуется для первичных пациентов, которые ранее не подвергались этим исследованиям, или при наличии клинических или анамнестических показаний.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Завершающим этапом в оценке состояния пациента является постановка диагноза. Процесс дифференциальной диагностики происходит последовательно-параллельно в ходе анализа жалоб пациента, сбора анамнеза, интерпретации данных физикального осмотра, а также результатов инструментальных и лабораторных методов исследования. В ходе этого процесса врач сопоставляет полученную информацию с диагностическими критериями рубрики F Международной классификации болезней десятого пересмотра (далее МКБ-10), которая на настоящий момент используется в Республике Беларусь. По завершению процесса дифференциально-диагностического поиска врач выставляет диагноз согласно МКБ-10 [10].

В данных методических рекомендациях мы предлагаем упрощенную схему диагностического поиска. Предложенная схема направлена на выявление наиболее часто встречающихся непсихотических психических расстройств, сопровождающихся симптомами тревоги и/или депрессии, в общей врачебной практике и будет важным подспорьем для постепенного освоения рубрики F МКБ-10.

Для повседневной работы врача общей практики наибольшую практическую значимость представляют следующие комбинации симптомов тревоги и депрессии:

- явно преобладают симптомы тревоги, а симптомов депрессии либо нет, либо они выражены относительно слабо и/или вторичны по отношению к тревоге;
- явно преобладают симптомы депрессии, а симптомов тревоги либо нет, либо они выражены относительно слабо и/или вторичны по отношению к депрессии;
- одновременно присутствуют симптомы тревоги и депрессии, которые явно не выражены и отчётливо не преобладают друг над другом;
- одновременно присутствуют выраженные симптомы тревоги и выраженные симптомы депрессии, которые очевидно не преобладают друг над другом.

Если в ходе клинического интервью врач выявил у пациента симптомы тревоги, которые явно преобладают над симптомами депрессии или развились первыми, то необходимо воспользоваться алгоритмом №1. При помощи данного алгоритма можно провести диагностический поиск и в соответствии с критериями МКБ-10 выставить диагноз из подрубрики фобических и тревожных расстройств, а также реакций на тяжёлый стресс и нарушения адаптаций.

Если в ходе клинического интервью врач выявил у пациента симптомы депрессии, которые явно преобладают над симптомами тревоги или развились

первыми, то необходимо воспользоваться алгоритмом №2. В этом случае фокус внимания будет направлен на подрубрику расстройств настроения и нарушения адаптаций.

Если в ходе клинического интервью врач выявил симптомы тревоги и депрессии, которые явно не выражены и отчётливо не преобладают друг над другом, то необходимо обратиться к алгоритму №3. Необходимо рассмотреть подрубрики соматоформных расстройств и нарушения адаптаций.

Если в ходе клинического интервью врач выявил выраженные симптомы тревоги и выраженные симптомы депрессии, которые очевидно не преобладают друг над другом, то необходимо поочередно воспользоваться алгоритмами №1 и №2. Необходимо помнить, что клиническая ситуация может требовать выставления одновременно двух и более диагнозов.

Если в ходе клинического интервью врач выявил клинически значимые симптомы тревоги и/или депрессии, но затрудняется в постановке диагноза, согласно приведенным ниже алгоритмам, то в зависимости от преобладающей симптоматики возможно использование следующих диагностических категорий:

1. Тревожное расстройство, неуточненное (F41.9);
2. Реакция на тяжёлый стресс, неуточненная (F43.9);
3. Соматоформное расстройство, неуточненное (F45.9);
4. Аффективное расстройство, неуточненное (F39).

Далее пациент направляется на консультацию к психиатру или психотерапевту для уточнения диагноза.

Предложенные алгоритмы охватывают следующие расстройства:

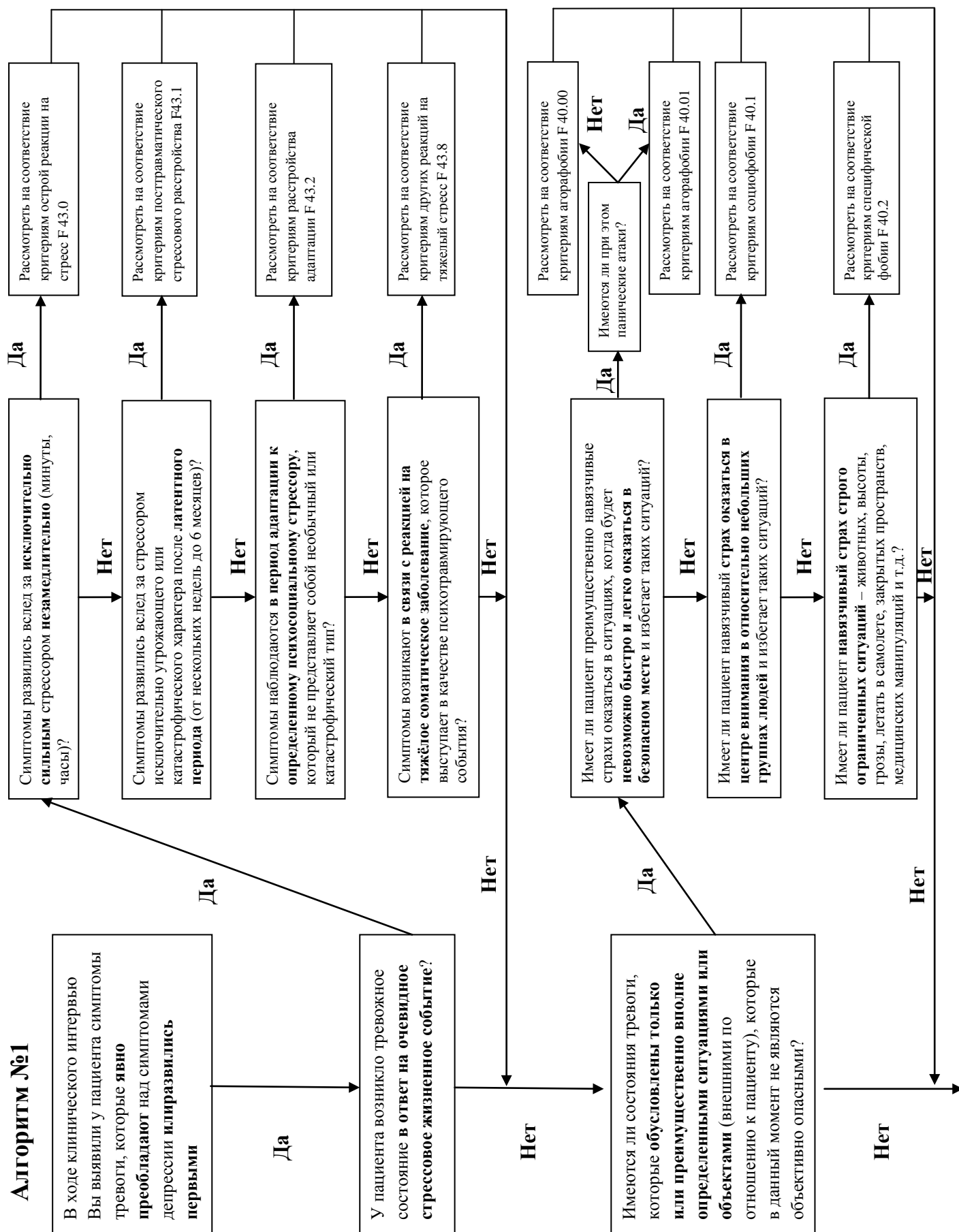
- I. Рубрика F40. Фобические и тревожные расстройства:
 - ✓ Агорафобия без панического расстройства и с паническим расстройством;
 - ✓ Социальные фобии;
 - ✓ Специфические (изолированные) фобии;
 - ✓ Паническое расстройство;
 - ✓ Генерализованное тревожное расстройство;
 - ✓ Смешанное тревожное и депрессивное расстройство;
 - ✓ Другие смешанные тревожные расстройства;
- II. Рубрика F 43. Реакция на тяжёлый стресс и нарушения адаптации:
 - ✓ Острая реакция на стресс;
 - ✓ Посттравматическое стрессовое расстройство;
 - ✓ Расстройство адаптации;
- III. Рубрика F 45. Соматоформные расстройства:
 - ✓ Соматизированное расстройство;
 - ✓ Недифференцированное соматоформное расстройство;
 - ✓ Ипохондрическое расстройство;
 - ✓ Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы;

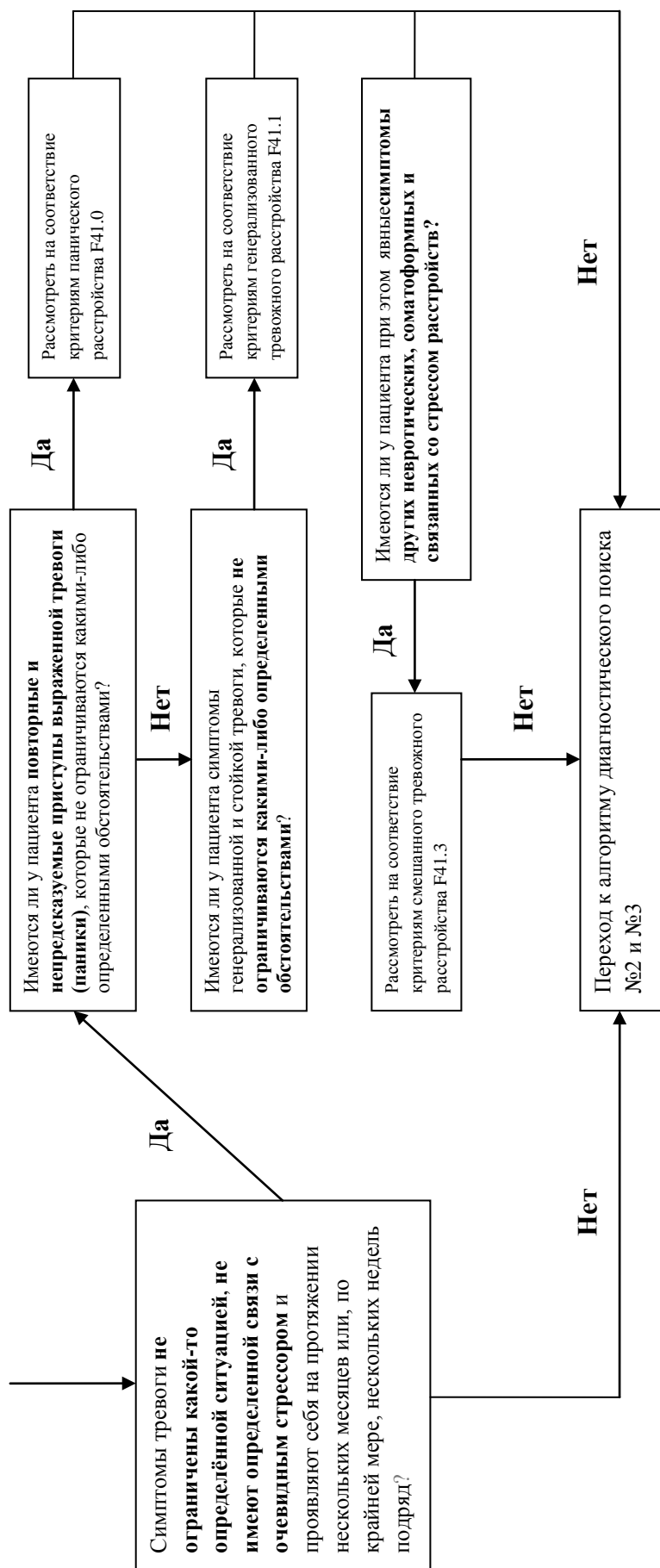
✓ Устойчивое соматоформное болевое расстройство.

IV. Рубрика F30-F39. Расстройства настроения:

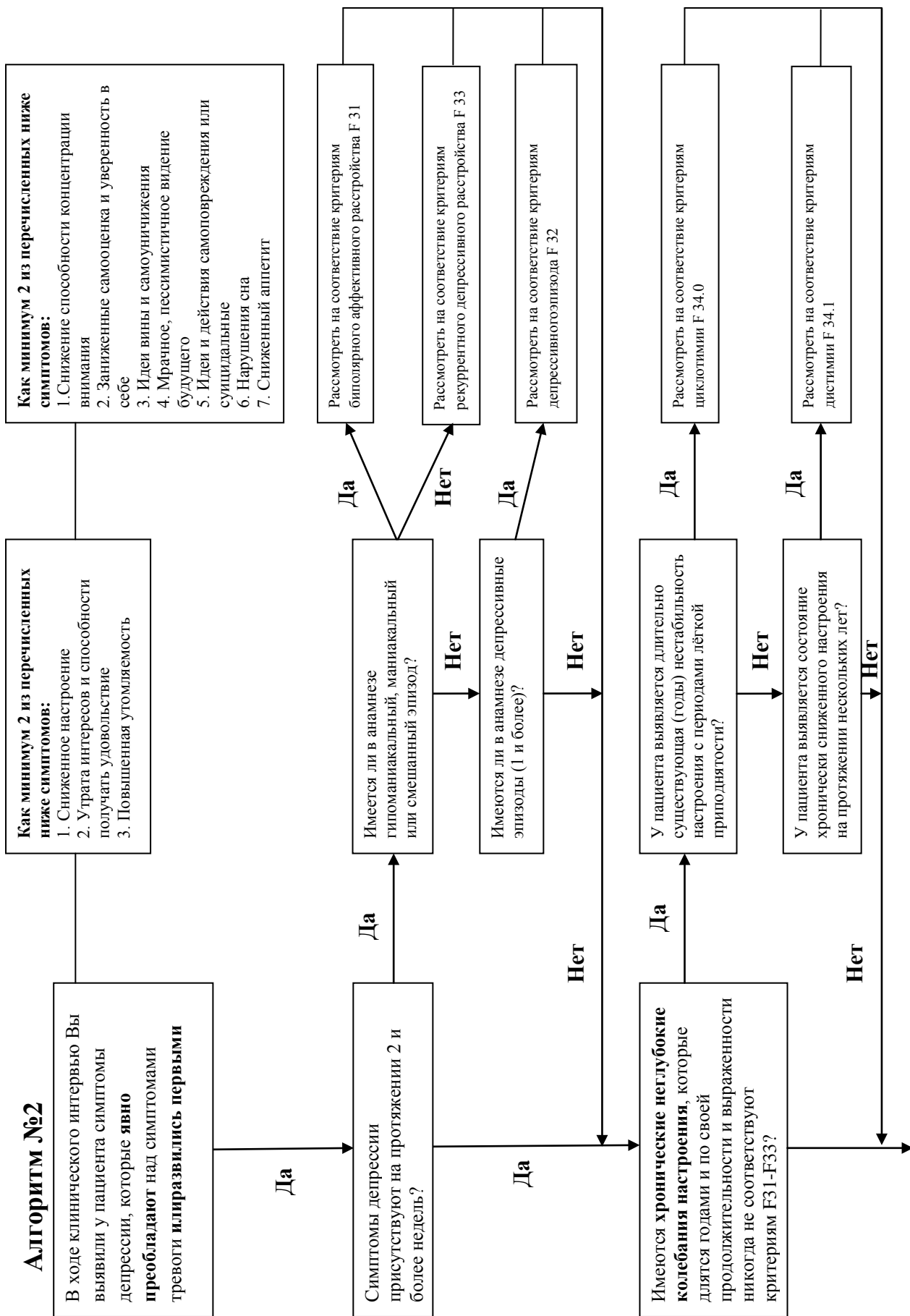
- ✓ Биполярное аффективное расстройство;
- ✓ Депрессивный эпизод;
- ✓ Рекуррентное депрессивное расстройство;
- ✓ Циклотимия;
- ✓ Дистимия;
- ✓ Другие аффективные расстройства.

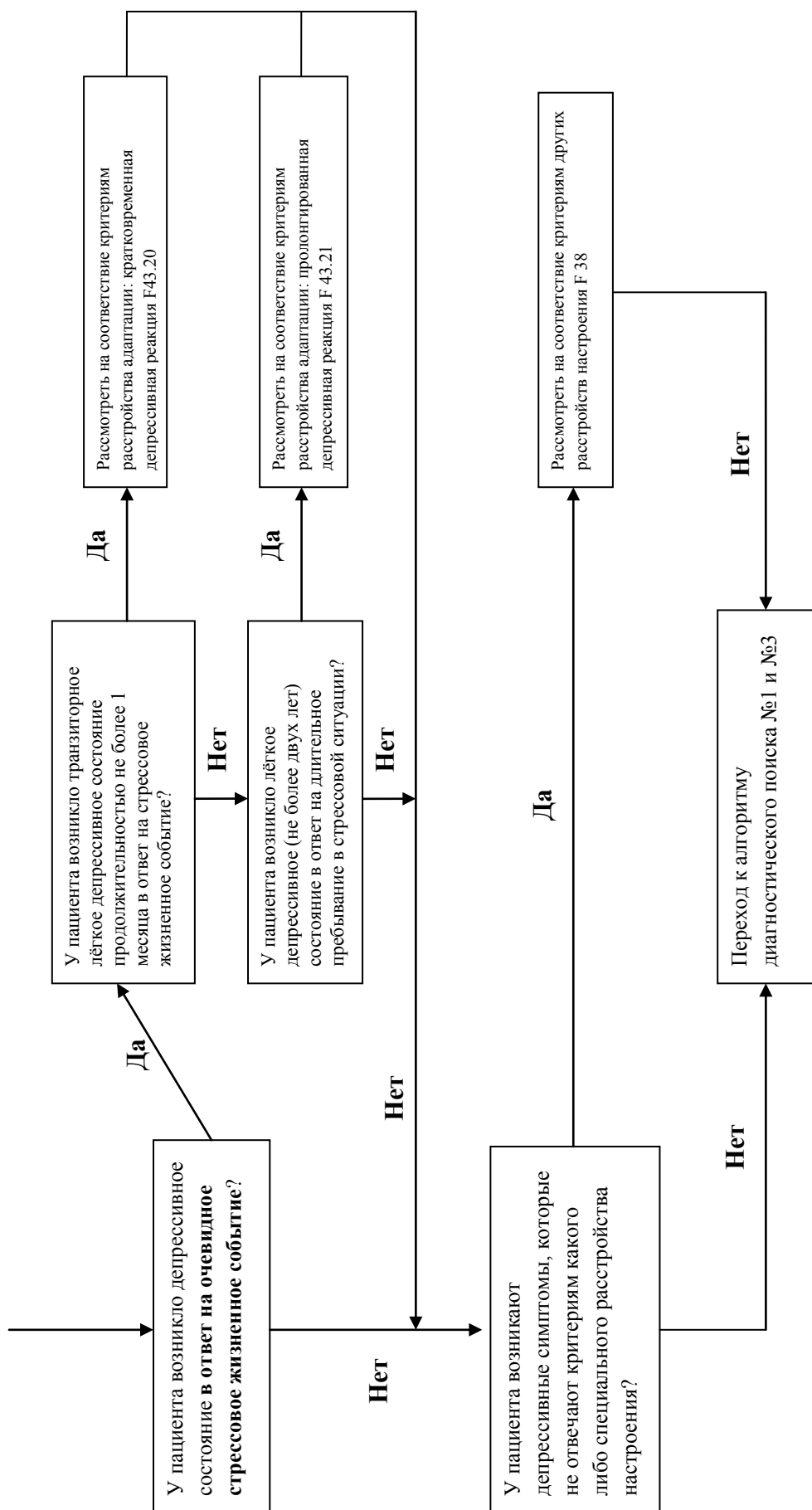
Алгоритм №1



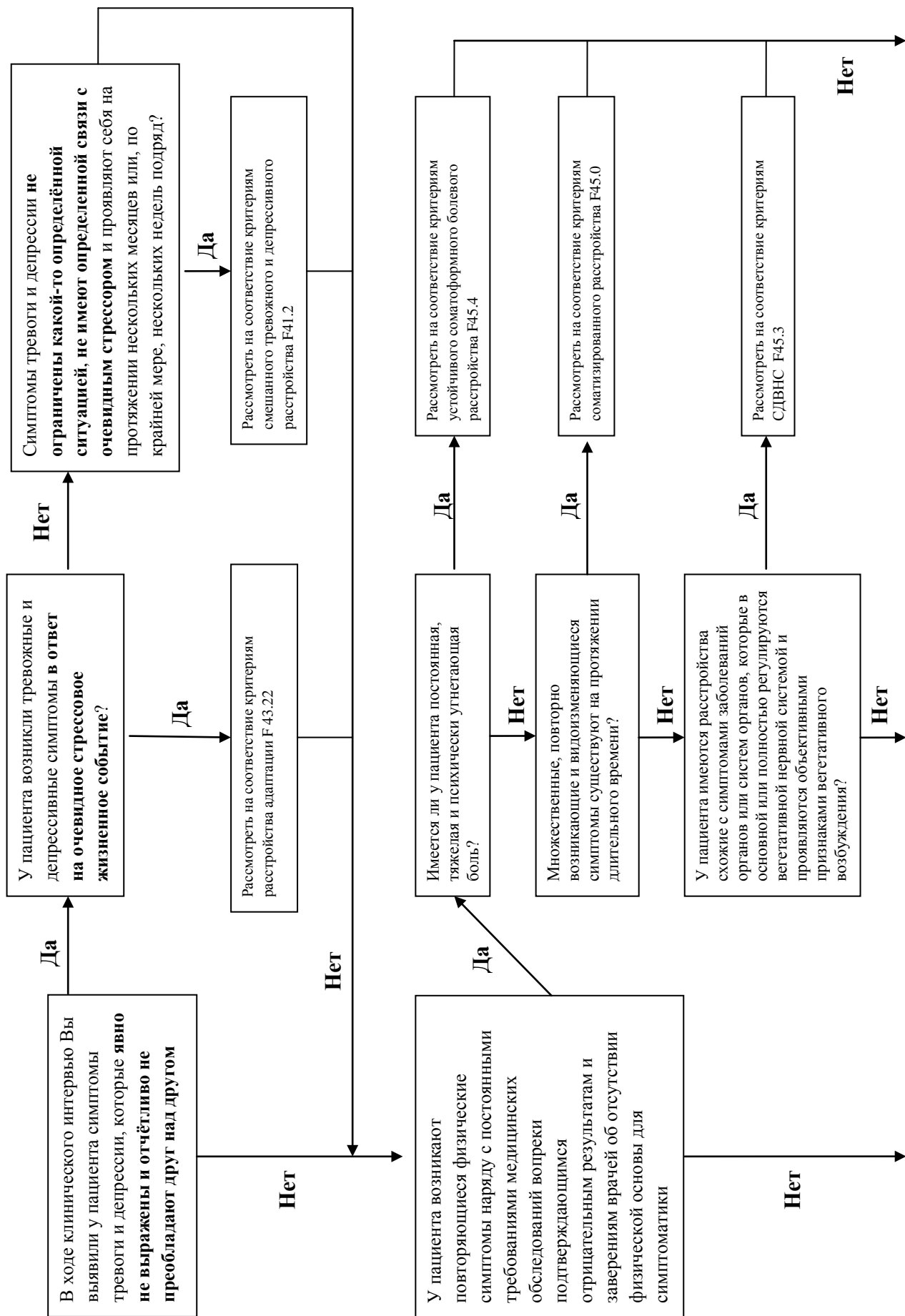


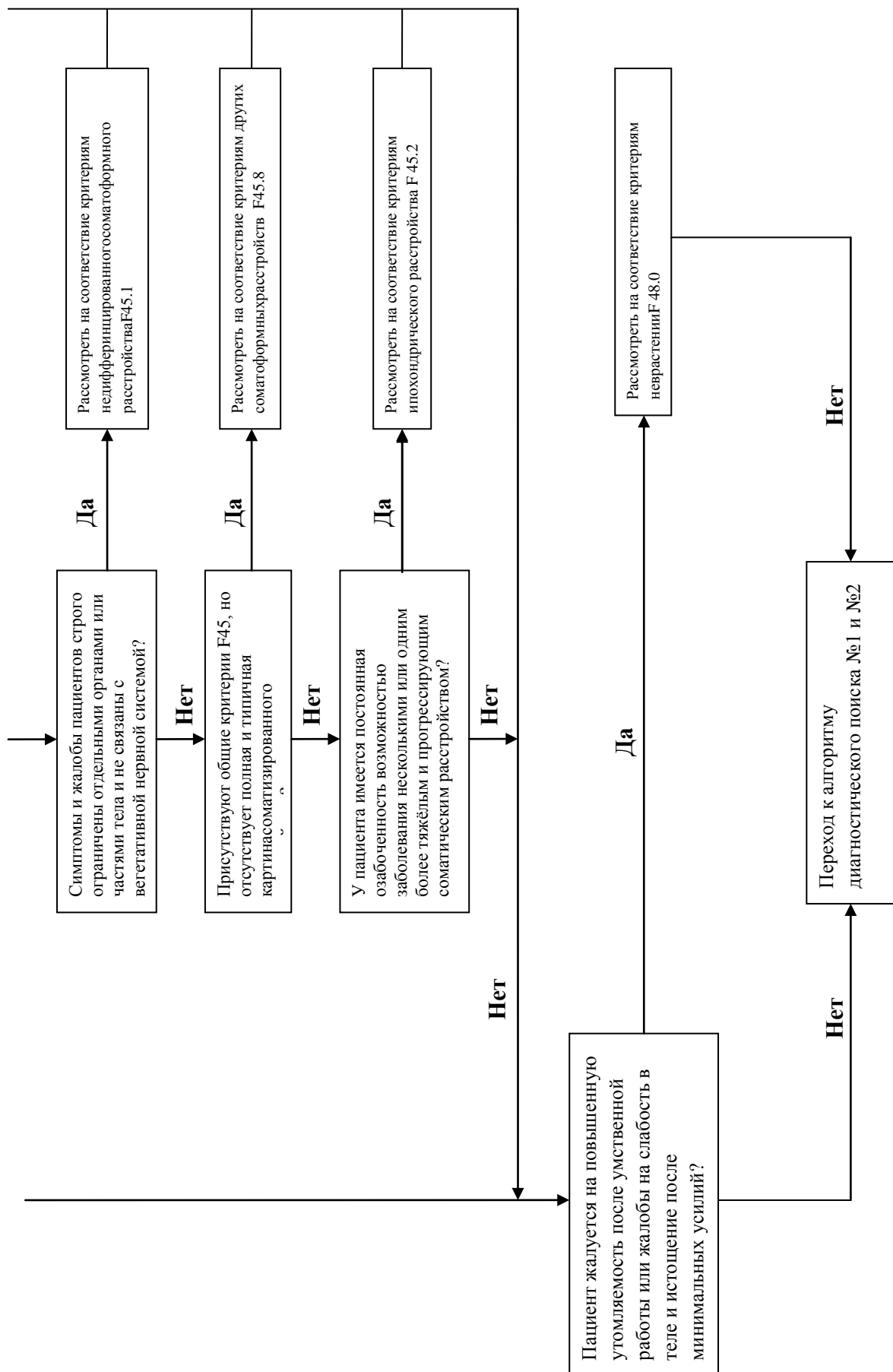
Алгоритм №2





Алгоритм №3





Также есть ряд непсихотических состояний, которые могут сопровождаться симптомами тревоги и/или депрессии, но не охвачены предложенными алгоритмами. Кратко рассмотрим три основные группы проблем (обсессивно-компульсивные, диссоциативные и органические расстройства), оставив за рамками тревогу и/или депрессию в структуре расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ; поведенческих синдромов, связанных с физиологическими нарушениями и физическими факторами; расстройств личности.

Обсессивно-компульсивные расстройства.

Группа обсессивно-компульсивных расстройств имеет свои специфические симптомы в отношении навязчивых мыслей и/или действий. Навязчивые мысли представляют собой идеи, образы или влечения, которые в однотипной форме вновь и вновь приходят пациенту на ум. Они почти всегда тягостны (имеют агрессивное или непристойное содержание, или просто потому, что они воспринимаются как бессмысленные), и пациенты часто пытаются сопротивляться им, однако с малым успехом. Тем не менее они воспринимаются как собственные мысли, даже если возникают непроизвольно и невыносимы. Навязчивые действия или ритуалы представляют собой повторяющиеся вновь и вновь стереотипные поступки. Они не доставляют внутреннего удовольствия и не приводят к выполнению внутренне полезных задач. Их смысл заключается в предотвращении каких-либо объективно маловероятных событий, причиняющих вред больному или со стороны больного.

Обычно, хотя необязательно, такое поведение воспринимается пациентом как бессмысленное или бесплодное и он повторяет попытки сопротивления данной форме поведения; при очень длительных состояниях сопротивление может быть минимальным. Часто имеют место вегетативные симптомы тревоги, но также характерны тягостные ощущения внутреннего или психического напряжения без очевидного вегетативного возбуждения.

Существует тесная взаимосвязь между обсессивно-компульсивными симптомами, особенно навязчивыми мыслями, и депрессией. У больных с обсессивно-компульсивным расстройством часто наблюдаются депрессивные симптомы, а у больных, страдающих рекуррентным депрессивным расстройством, могут развиваться навязчивые мысли в течение депрессивных эпизодов. Также навязчивые мысли и действия могут отмечаться в рамках расстройств шизофренического спектра, органических психических расстройств, синдрома Жилье де ла Туррета.

Врачу общей практики при выявлении у пациента в ходе клинического интервью навязчивых мыслей и/или действий следует направить данного пациента на консультацию к врачу-психиатру или психотерапевту для проведения более детальной дифференциальной диагностики и определения тактики лечения.

Диссоциативные и конверсионные расстройства.

Аналогичная ситуация относительно проблем в дифференциальной диагностике присутствует в группе диссоциативных и конверсионных расстройств. Данная группа расстройств характеризуется частичной или полной потерей нормальной интеграции между памятью на прошлое, осознании идентичности и непосредственных ощущений, с одной стороны, и контролировании движений тела, с другой. Обычно существует значительная степень сознательного контроля над памятью и ощущениями, которые могут быть выбраны для непосредственного внимания, и над движениями, которые надо выполнить. Предполагается, что при диссоциативных расстройствах этот сознательный и элективный контроль нарушен до такой степени, что он может меняться от дня ко дню и даже от часа к часу. Степень потери функции, находящейся под сознательным контролем, обычно трудно оценить. В этой связи и возникают диагностические трудности данной группы расстройств с соматической и неврологической патологией, а также с расстройствами шизофренического спектра и расстройствами личности.

Основная задача врача общей практики состоит в исключении соматической и неврологической патологии, которая может вызывать сходные симптомы, предъявляемые пациентом. Далее необходимо направить данного пациента на консультацию к врачу-психиатру или психотерапевту для проведения более детальной дифференциальной диагностики и определения тактики лечения.

Органические, включая симптоматические, психические расстройства.

Этот блок включает в себя ряд психических расстройств, сгруппированных вместе в связи с наличием явных этиологических факторов, а именно причиной этих расстройств явились болезни головного мозга, травма головного мозга или инсульт, ведущие к церебральной дисфункции. Дисфункция может быть первичной (как при болезнях, травмах головного мозга и инсультах, непосредственно или избирательно поражающих головной мозг) и вторичной (как при системных заболеваниях или нарушениях, когда головной мозг вовлекается в патологический процесс наряду с другими органами и системами). Особые дифференциально-диагностические сложности представляет для себя группа вторичных дисфункций головного мозга, где взаимосвязи симптомов психического расстройства и органической патологии не всегда могут быть очевидны и объективно подтверждены. Чтобы избежать диагностических ошибок, как и в предыдущих случаях, требуется консультация врача-психиатра. Задача врача общей практики – определение соматического и неврологического статуса пациента.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В настоящее время переход на модель организации помощи по принципу общей врачебной практики— это новый этап в развитии общественного здравоохранения для Республики Беларусь. Развитие медицинской науки и практики, усиление профилактической направленности в деятельности врача, понимание роли семьи, формирующихся в них уклада, привычек, ценностей и их значения в возникновении патологии или, наоборот, в её предотвращении - все это привело к необходимости появления в системе здравоохранения врача новой формации - специалиста, оказывающего первичную многопрофильную медико-социальную помощь семье. В этом отношении необходимо продолжать совершенствование законодательных актов и методического обеспечения для организации работы врача общей практики, в том числе и в рамках оказания помощи в области психического здоровья.

ЛИТЕРАТУРА

1. Закон Республики Беларусь от 11 ноября 2019 г. № 255-З «Об изменении Закона Республики Беларусь "Об оказании психиатрической помощи"»
Режим доступа: <http://pravo.by/document/?guid=3961&p0=H11900255> Дата доступа: 20.01.2020.
2. Depression and Other Common Mental Disorders. [Электронный ресурс] –
Режим доступа: http://www.who.int/mental_health/management/depression/prevalence_global_health_estimates/en Дата доступа: 20.01.2020.
3. Fink P., Steen Hansen M., Sondergaard L. Somatoform disorders among first-time referrals to a neurology service. *Psychosomatics* 2005; 6 (46): 540-548.
4. Шальнова С.А., Евстифеева С.Е., Деев А.Д. и др. Распространенность тревоги и депрессии в различных регионах Российской Федерации и ее ассоциации с социально-демографическими факторами (по данным исследования ЭССЕ-РФ). *Терапевтический архив* 2014; 86 (12): 53-60.
5. Baumeister H., Hutter N., Bengel J. et al. Quality of life in somatically ill persons with comorbid mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychother Psychosom* 2011; P. 275–286.
6. Андрющенко А. В. Распространенность и структура психических расстройств в общей медицине // *Психические расстройства в общей медицине*. 2011. № 1. С. 14–27.
7. Закон Республики Беларусь от 7 января 2012 г. № 349-З «Об оказании психиатрической помощи». Режим доступа: [http://www.pravo.by/document/index.php?guid=2012&oldDoc=2012-10/2012-10\(017-050\).pdf](http://www.pravo.by/document/index.php?guid=2012&oldDoc=2012-10/2012-10(017-050).pdf) Дата доступа: 20.01.2020.
8. A. A. Kirpichenko. Features of paroxetine prescription by primary care physicians. *Healthcare* 2019; 7: 44 - 49.
9. Хвостова И. И., Попова М. В. и др. Принудительное психиатрическое освидетельствование и принудительная госпитализация граждан в психиатрический стационар: методические рекомендации – Минск: «Профессиональные издания», 2019. – 28 с.
10. Казаковцев Б.А., Голланда В.Б. и др. Психические расстройства и расстройства поведения (Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации) - Москва: Минздрав России, 1998. - 512 с.

Учебное издание

Барышев Артём Николаевич
Кирпиченко Андрей Александрович

Диагностика тревожных и депрессивных
расстройств в общей врачебной практике

Методические рекомендации

Редактор *А.А. Кирпиченко*
Компьютерная верстка *А.Н. Барышев*

Подписано в печать _____. Формат бумаги _____
Бумага типографская №2. Компьютерный набор. Усл. печ. л. _____
Тираж _____. Заказ _____.

Издатель и полиграфическое исполнение УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»
ЛП № 02330/453 от 30.12.2013
Пр-т Фрунзе 27, 210023, г. Витебск